Psychiatr. Pol. 2016; 50(4): 805–826
PL ISSN 0033-2674 (PRINT), ISSN 2391-5854 (ONLINE)
www.psychiatriapolska.pl
DOI: http://dx.doi.org/10.12740/PP/44238

Aktywność zawodowa w procesie zdrowienia – interpretacyjna analiza fenomenologiczna doświadczeń pacjentów ze spektrum schizofrenii

Work activity in the process of recovery– an interpretive phenomenological analysis of the experiences of people with a schizophrenia spectrum diagnosis

Anna Pańczak[1], Igor Pietkiewicz[2]

[1] II Klinika Psychiatrii i Rehabilitacji Psychiatrycznej Katedry Psychiatrii UM w Lublinie
[2] Uniwersytet SWPS, Wydział Zamiejscowy w Katowicach

Summary

Introduction. Having the opportunity to work has been found meaningful for individuals suffering from severe mental illness, in order to boost their self-esteem, provide a sense of control over their lives and of belonging to a community. There are no studies in Polish literature on the process of recovery from schizophrenia with reference to work activity.

Aim. The objective of this research was to explore personal experiences of people employed in Vocational Development Centers.

Methods. Eight semi-structured interviews were conducted with adult patients. Their transcripts were subject to interpretative phenomenological analysis (IPA).

Results. Having the opportunity to work was significant for participants because it mobilized them and encouraged self-care. Going to work helped them overcome social isolation by meeting people with similar difficulties and those who did not suffer from mental illness. Financial gratification enables a sense of independence and the ability to develop skills to plan and control their budget.

Conclusions. This study finds that patients who lost their jobs due to mental illness should be encouraged to utilize rehabilitation institutions to help them undertake work activity and use previously acquired qualifications or develop new skills. Access to appropriate psychological support should be provided during vocation reorientation and adaptation into new work environments. This helps patients regain a sense of control and purpose, and cope with losing valued social roles. We also highlight the need for further studies into challenges in the workplace and the strategies patients use to cope with them.

Badanie nie było sponsorowane.

Słowa klucze: aktywność zawodowa, schizofrenia, interpretacyjna analiza fenomenologiczna (IPA)

Key words: work activity, schizophrenia, interpretive phenomenological analysis (IPA)

Aktywność zawodowa osób chorych

Stan bezrobocia, zwłaszcza długotrwałego, może mieć negatywny wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne. Metaanaliza badań Murphy'ego i Athanasou [1] pokazuje, że utrata pracy jest powodem ogromnego stresu i prowadzi do pogorszenia zdrowia psychicznego. Bezrobocie zwiększa prawdopodobieństwo doświadczania zaburzeń depresyjnych, lękowych i psychosomatycznych oraz negatywnie wpływa na jakość życia i samoocenę [2, 3]. Negt [4] nawiązuje do przeprowadzonych w latach 30. ubiegłego wieku badań Lazarsfelda i Jahody dotyczących skutków bezrobocia i twierdzi, że osoby, które straciły pracę, często doświadczają utraty poczucia realności, właśnie w związku brakiem miejsca pracy, które jest najistotniejszym łącznikiem z rzeczywistością – dostarcza poczucia czasu i przestrzeni, jest też źródłem identyfikacji i daje możliwość pełnienia cenionej społecznie roli pracownika [4, 5]. Według Kaszyńskiego [6] praca jest wartością, która umożliwia jednostce pełne uczestnictwo w życiu społecznym. Osoby niepełnosprawne, a zwłaszcza z niepełnosprawnością spowodowaną chorobą psychiczną, zmagają się ze szczególnymi problemami związanymi z aktywnością zawodową, częściej tracą pracę z powodu problemów zdrowotnych i trudniej im powrócić do aktywności zawodowej [7–10]. Bezrobocie sprzyja pogłębianiu się już istniejących zaburzeń psychicznych [11] i jest uznawane za przeszkodę na drodze do powrotu do zdrowia [12].

Praca to szczególnie wszechstronna forma aktywności i kluczowy element procesu rehabilitacji społecznej [13]. Aktywność zawodowa i inne ustrukturyzowane formy aktywności uznawane są za istotny czynnik poprawy stanu zdrowia psychicznego osób z doświadczeniem ciężkiej choroby psychicznej [14, 15]. Mimo to wskaźnik zatrudnienia osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi w krajach Europy Zachodniej i Ameryki Północnej wynosi zaledwie 10–20% [6]. Wśród osób niepełnosprawnych z powodu zaburzeń psychicznych aż 37% nigdy nie podjęło pracy [16]. Tylko ok. 2% osób z rozpoznaniem schizofrenii pracuje zawodowo w pełnym wymiarze godzin [5].

W Polsce brakuje kompleksowej i zintegrowanej oferty w obszarze rehabilitacji społeczno-zawodowej, a większość osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi w ogóle nie zostaje objęta systemem rehabilitacji psychiatrycznej [17]. Ponadto praca często nie jest traktowana jako ważny cel leczenia ciężkich zaburzeń psychicznych, mimo że badania wskazują na jej terapeutyczne działanie [18]. Znaczenie pracy dla powrotu do zdrowia podkreśla również postulat Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP), mówiący o konieczności poszerzania dostępności rehabilitacji zawodowej oraz działań w zakresie upowszechniania udziału osób chorujących w życiu zawodowym [5].

Obecnie w Polsce konkurują ze sobą dwa modele rehabilitacji. Pierwszy z nich to model „tworzenia pracy", który opiera się na tradycyjnej koncepcji etapów i realizuje program aktywizacji zawodowej według zasady „krok po kroku". Obejmuje on również

inicjatywy zwane społecznymi projektami pracy (tzw. firmy społeczne). Rozwiązania bazujące na koncepcji etapów pozwalają chorym podjąć taką formę rehabilitacji, na którą pozwala ich obecny stan zdrowia. Końcowym efektem rehabilitacji ma być podjęcie pracy w warunkach konkurencyjnych [6, 19]. Doświadczenie pokazuje jednak, że dojście do etapu, który stanowi koniec procesu rehabilitacji, jest z różnych powodów bardzo trudne [5]. Wielu pacjentów kończy na etapie pośrednim [6, 19]. Według Kaszyńskiego [19] tylko 20% osób chorujących psychicznie jest zdolnych do podjęcia pracy w warunkach konkurencyjnych. Drugi model rehabilitacji zakłada promocję zatrudnienia wspieranego w ramach otwartego rynku pracy. Zwolennicy tego modelu uważają, że tradycyjne podejście do rehabilitacji zawodowej zmniejsza prawdopodobieństwo zatrudnienia [6, 19]. Wydaje się jednak, że oba modele są wzajemnie komplementarne. Zdaniem Kaszyńskiego [6, 19] tylko próby syntezy tych dwóch podejść mogą pozwolić na zagwarantowanie stabilnej oferty pracy i zatrudnienia osobom z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi.

Szeroko rozumiane rehabilitacja społeczno-zawodowa i aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi obejmują w Polsce m.in. takie formy jak: środowiskowe domy samopomocy, warsztaty terapii zajęciowej, zakłady aktywności zawodowej, firmy społeczne, zakłady pracy chronionej, zatrudnienie wspierane na otwartym rynku pracy [6, 19]. Są to również możliwe etapy procesu rehabilitacji.

Środowiskowe domy samopomocy zapewniają rehabilitację społeczną i oparcie osobom przewlekle chorującym psychicznie lub upośledzonym umysłowo. Mają na celu podtrzymywanie chorych w ich funkcjonowaniu społecznym i zapobieganie hospitalizacjom [6, 20].

Warsztaty terapii zajęciowej wspomagają proces rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych [21]. Kładą nacisk na zdobywanie kwalifikacji, niezbędnych do podjęcia pracy, zawierają elementy doradztwa zawodowego i pomagają w zdobyciu zatrudnienia [20]. W Polsce na koniec 2013 roku zarejestrowano 682 takie placówki. Tylko 18% korzystających z warsztatów to osoby niepełnosprawne z powodu choroby psychicznej [22, 23]. Skuteczność rehabilitacji prowadzonej w ramach warsztatów jest mocno ograniczona, ponieważ brakuje ich funkcjonalnego połączenia z zakładami pracy chronionej (wbrew intencjom ustawodawcy) czy z otwartym rynkiem pracy [6].

Zakłady aktywności zawodowej stanowią stosunkowo nową formę prowadzenia rehabilitacji zawodowej. Pierwszy ZAZ powstał w 2000 roku i jego podstawowymi celami były zatrudnienie i rehabilitacja zawodowa osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności oraz przygotowanie pacjentów do w miarę samodzielnego życia i funkcjonowania w społeczeństwie [24]. Co najmniej 70% osób zatrudnionych w ZAZ-ie to osoby ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności [23]. Na koniec 2013 roku istniało 75 takich instytucji, a 54% zatrudnionych w nich stanowiły osoby z zaburzeniami psychicznymi. Zakłady aktywności zawodowej prowadzą najczęściej działalność gastronomiczną, usługi związane z zagospodarowaniem terenów zielonych lub usługi poligraficzne [22]. ZAZ jest podmiotem ekonomii społecznej, który nie działa dla osiągnięcia zysku, a ewentualny dochód przeznacza na działania związane z rehabilitacją swoich niepełnosprawnych pracowników [6]. Najbardziej

znanym ZAZ-em, zatrudniającym osoby z doświadczeniem choroby psychicznej, jest krakowski pensjonat „U Pana Cogito" [13]. Kaszyński [23] podkreśla, że ważną funkcją ZAZ-u jest wypracowanie dobrych praktyk, promujących rozwój firm społecznych, czyli jednostek gospodarczych utworzonych w celu zapewnienia pracy osobom niepełnosprawnym psychicznie.

Firmy społeczne wypełniają swoją misję przez świadczenie usług lub produkcję poszukiwanych na rynku dóbr, jednocześnie uwzględniając specyficzne potrzeby pracowników. Ich najważniejszym celem jest włączenie do życia osób niepełnosprawnych psychicznie lub mających trudności w funkcjonowaniu na rynku pracy [6]. Według Cechnickiego [25] firmy te mogą być podstawą stabilnego systemu zatrudnienia dla niepełnosprawnych z powodu choroby psychicznej i stanowić realną konkurencję dla tzw. otwartego rynku pracy. Przykładem takiej firmy jest „Cafe Hamlet", prowadzona przez Krakowską Fundację Hamlet [26].

Zakłady pracy chronionej są (w odróżnieniu od firm społecznych) jednostkami biznesowymi, które generują i są nastawione na zysk. Co najmniej 50% pracowników zakładu muszą stanowić niepełnosprawni, z czego minimum 20% to osoby ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności [27]. Chorujący psychicznie są obecnie wypierani z chronionego rynku pracy ze względu na dominację priorytetów ekonomicznych. W wielu przypadkach oferowana im praca jest pozbawiona funkcji socjoterapeutycznej [6, 24]. Dobrym przykładem tworzenia miejsc pracy we współpracy z zakładami pracy chronionej jest projekt EKON [28].

Ostatnią z wymienionych form jest zatrudnienie wspomagane. Umożliwia ono zdobycie pracy na otwartym rynku przez osoby niepełnosprawne, które nie są zdolne do jej samodzielnego uzyskania i utrzymania bez wsparcia ze strony trenera lub asystenta pracy [29]. Zatrudnienie wspierane na otwartym rynku pracy jest najbardziej skuteczne w przypadku osób z nieznacznymi dysfunkcjami [6]. Przykładem tej formy jest Warszawski Dom pod Fontanną z zatrudnieniem przejściowym [30].

Chociaż firmy społeczne i inne formy uczestnictwa społeczno-zawodowego umożliwiają efektywny transfer środków przeznaczonych na działania utrwalające wyniki leczenia psychiatrycznego [23], to rozwój tych inicjatyw w Polsce pozostawia wiele do życzenia. Jednym z powodów, które utrudniają niepełnosprawnym pacjentom powrót na rynek pracy, jest niewystarczająco rozwinięty system współpracy pomiędzy instytucjami rehabilitacyjnymi a potencjalnymi pracodawcami [6].

Pomimo podkreślanego już znaczenia aktywności zawodowej, w polskiej literaturze poświęcono dotychczas niewiele uwagi temu zagadnieniu w kontekście rehabilitacji. Brak jest usystematyzowanych badań analizujących osobiste doświadczenia pacjentów, związane z pracą zawodową, oczekiwaniami i trudnościami. Celem naszego projektu była próba wypełnienia tej luki. Inspiracją do podjęcia tego tematu były opublikowane historie związane z pracą osób z doświadczeniem choroby psychicznej [31], które pokazują, jak ważny jest to obszar. Zastosowanie interpretacyjnej analizy fenomenologicznej [32] wpisywało się w tzw. model zdrowienia w psychiatrii, w którym profesjonaliści starają się „usłyszeć głosy" pacjentów i skupić na unikalnym charakterze ich historii [33]. Główne pytanie badawcze, na które postaramy się odpowiedzieć, brzmi: jakie znaczenie pacjenci z ciężką chorobą psychiczną przypisywali aktywności zawodowej?

Materiał i metoda

Uzasadnienie wyboru IPA

Celem interpretacyjnej analizy fenomenologicznej (IPA) jest zgromadzenie bogatego materiału na temat osobistych doświadczeń uczestników badania, związanych z określonym zjawiskiem. IPA odwołuje się do zasad fenomenologii, hermeneutyki i idiografii oraz wykorzystuje tzw. podwójną hermeneutykę. Oznacza to próbę dokonania interpretacji (z perspektywy badacza) tego, jakie znaczenie uczestnicy badania nadają zjawiskom w swoim świecie [32, 34]. IPA polega na szczegółowej analizie materiału uzyskanego od niewielkiej, odpowiednio wyselekcjonowanej, homogenicznej grupy osób [35]. Uznaliśmy to podejście za najbardziej adekwatne, aby przyjrzeć się osobistym doświadczeniom ludzi pracujących w ZAZ-ie i znaczeniu, jakie nadawali aktywności zawodowej w procesie zdrowienia. Poznanie perspektywy pacjentów jest istotne, aby zrozumieć potencjalne korzyści i wyzwania związane z zachęcaniem ich do podejmowania aktywności zawodowej. Uczestnicy naszego badania opisywali swoje doświadczenie ciężkiej choroby psychicznej, jaką jest schizofrenia paranoidalna i zaburzenie schizoafektywne, mówili o procesie zdrowienia oraz znaczeniu, jakie nadawali aktywności zawodowej w tym procesie. W niniejszym artykule skupimy się na znaczeniu nadawanym pracy w ZAZ-ie.

Uczestnicy

W badaniu wzięło udział osiem osób dorosłych w wieku 28–58 lat. Było to czterech mężczyzn i cztery kobiety, u których zdiagnozowano zaburzenia z kręgu schizofrenii i którzy pracowali w Zakładach Aktywności Zawodowej w Lublinie, Puławach lub Łęcznej przez okres 2–6 lat. Pięciu uczestników badań miało wykształcenie średnie, a trzech zawodowe. Wszyscy, z wyjątkiem jednej osoby (Mateusza), mieli doświadczenie pracy zawodowej w okresie poprzedzającym pierwszy epizod choroby. Przed rozpoczęciem pracy w ZAZ-ie większość badanych uczestniczyła w Warsztatach Terapii Zajęciowej lub uczęszczała do Środowiskowego Domu Samopomocy. W ZAZ-ie byli zatrudnieni na stanowisku pomocy kuchennej lub kelnera. Szczegółowe informacje o uczestnikach przedstawia tabela 1. Imiona uczestników zostały zmienione w celu ochrony ich prywatności.

Tabela 1. **Informacje o uczestnikach badania**

Pseudonim	Charakterystyka
Teresa	42 lata, wykształcenie zawodowe, panna, bezdzietna. Przed chorobą pracowała przez około 2 lata w domu pomocy, przedszkolu i drukarni. Prace te wiązały się z jej pobytem w zakonie. W wieku 24 lat rozpoznano u niej schizofrenię paranoidalną. Uczestniczyła w Warsztatach Terapii Zajęciowej, a od 6 lat pracuje w ZAZ-ie jako pomoc kuchenna. Utrzymuje się z zasiłku pielęgnacyjnego i pensji z ZAZ-u. Mieszka w mieszkaniu chronionym.

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Janina	48 lat, wykształcenie zawodowe, żyje z mężem. Ma dwoje dorosłych dzieci. 8 lat pracowała jako krawcowa. W wieku 33 lat zdiagnozowano u niej zaburzenie schizoafektywne. Przed pracą w ZAZ-ie uczestniczyła w Warsztatach Terapii Zajęciowej. Żyje z renty i pensji wypracowanej w ZAZ-ie, w którym od 3 lat pracuje jako pomoc kuchenna.
Jolanta	56 lat, wykształcenie zawodowe. Jest wdową i ma dwoje dorosłych dzieci. Pracowała jako krawcowa, sprzątaczka i w zakładach produkcji żelatyny. W wieku 34 lat zdiagnozowano u niej zaburzenie schizoafektywne. Pomimo to pozostawała aktywna zawodowo. Uczestniczyła w Warsztatach Terapii Zajęciowej, a od 5 lat jest zatrudniona w ZAZ-ie jako pomoc kuchenna. Utrzymuje się z renty i wypracowanej pensji. Mieszka samotnie.
Karolina	58 lat, wykształcenie średnie, mężatka. Ma dwoje dorosłych dzieci, które mieszkają osobno. Przez 13 lat pracowała jako księgowa (również na początku choroby). W wieku 28 lat miała pierwszy epizod schizofrenii paranoidalnej, ale leczenie podjęła dopiero w wieku 33 lat. Uczęszczała do Środowiskowego Domu Samopomocy. Od 4,5 roku pracuje w ZAZ-ie jako pomoc kuchenna. Utrzymuje się z renty i wypracowanej pensji.
Paweł	28 lat, wykształcenie zawodowe, kawaler, bezdzietny. Od 22 roku życia choruje na schizofrenię paranoidalną. Podejmował różne prace, m.in. w chłodni, jako ogrodnik, przedstawiciel handlowy. Uczestniczył w Warsztatach Terapii Zajęciowej, a od 3 lat pracuje w ZAZ-ie jako pomoc kuchenna. Mieszka w samodzielnie wynajmowanym mieszkaniu.
Mateusz	32 lata, wykształcenie średnie, kawaler, bezdzietny. Próbował zdawać na studia, ale bez powodzenia. Na schizofrenię paranoidalną zachorował w wieku 19 lat. Nigdy wcześniej nie pracował. Uczęszczał do Środowiskowego Domu Samopomocy, a potem odbył 40-godzinny płatny staż na stanowisku kelnera i rozpoczął wolontariat w ZAZ-ie. Utrzymuje się z renty i zasiłku pielęgnacyjnego. Mieszka w mieszkaniu chronionym.
Stefan	38 lat, wykształcenie zawodowe. Jest rozwiedziony, ma jedno dziecko. Przez 2 lata pracował przy obróbce skór zwierzęcych i przez pół roku na budowie. Od 23 roku życia choruje na schizofrenię paranoidalną. Uczestniczył w Warsztatach Terapii Zajęciowej, a od 6 lat pracuje w ZAZ-ie jako pomoc kuchenna. Mieszka w mieszkaniu chronionym. Utrzymuje się z wypracowanej pensji i renty, której część pokrywa alimenty na dziecko.
Irek	44 lata, wykształcenie średnie, kawaler, bezdzietny. Przez 2 lata studiował administrację i również przez 2 lata był zatrudniony jako opiekun osób starszych. Od 18 roku życia cierpi na zaburzenie schizoafektywne. Od 3 lat pracuje na pół etatu w ZAZ-ie jako kelner. Utrzymuje się z renty i otrzymywanej pensji. Mieszka w mieszkaniu chronionym.

Badacze

Wywiady zostały przeprowadzone w ramach pracy doktorskiej przez pierwszą autorkę (A.P.), która jest psychologiem i pracuje na Oddziale Psychiatrycznym II Kliniki Psychiatrii i Rehabilitacji Psychiatrycznej UM w Lublinie. Autorka ma 10-letnie doświadczenie w pracy z osobami psychotycznymi, które ułatwiało jej zbudowanie dobrej relacji z uczestnikami i uzyskanie odpowiedzi na zadawane pytania. Autorka analizowała uzyskane wyniki wspólnie z drugim autorem (I.P.), który jest pracownikiem naukowo-dydaktycznym Uniwersytetu SWPS i pełni rolę promotora pomocniczego.

Procedura

Badanie zostało przeprowadzone w Zakładach Aktywności Zawodowej w Lublinie, Puławach i Łęcznej w latach 2012–2014. Wykorzystano w nim dobór celowy. Rekrutowano uczestników, którzy leczyli się z powodu zdiagnozowanych zaburzeń z kręgu schizofrenii i mieli osobiste doświadczenie pracy w ZAZ-ie przez okres minimum dwóch lat. W tym celu badaczka odwiedziła trzy zakłady w województwie lubelskim zatrudniające pracowników z zaburzeniami psychicznymi. Najpierw informowała o badaniu kierowników ZAZ-u i prosiła o zgodę na przeprowadzenie badań, następnie kierownicy typowali osoby, które spełniały kryteria badawcze. Badaczka informowała osobiście każdego z potencjalnych uczestników o celu i zasadach badania oraz prosiła o wyrażenie pisemnej zgody na udział w nim. Spośród 19 osób 3 odmówiły udziału – 1 z nich twierdziła, że udział w wywiadzie byłby dla niej stresujący, a 2 pozostałe nie chciały podać przyczyny. Łącznie przeprowadzono 16 wywiadów, a do analizy wybrano 8. Pozostałe wywiady odrzucono ze względu na ich krótki czas trwania lub ubogą treść, która była spowodowana utrzymującymi się u badanych objawami i trudnościami poznawczymi albo wynikała z krótkiego stażu pracy (kilka dni). Niektóre osoby nie kwalifikowały się też ze względu na kryterium diagnostyczne (jak się później okazało, miały rozpoznaną chorobę afektywną dwubiegunową). Uczestnicy w różny sposób reagowali na sytuację badania. Niektórzy bez większych oporów angażowali się w rozmowę i chętnie odpowiadali na pytania. Inni potrzebowali więcej czasu, aby oswoić się z nową sytuacją i koniecznością nagrywania rozmowy. Część uczestników wyraziła zdziwienie, że ktoś interesował się ich prywatną opinią na temat choroby lub procesu leczenia. Każdy wywiad był nagrywany cyfrowo i trwał od 40 do 60 minut.

Protokół wywiadu

Aby zgromadzić informacje na temat osobistych doświadczeń uczestników związanych z chorobą i procesem leczenia oraz znaczenia przypisywanego aktywności zawodowej, posłużyliśmy się częściowo ustrukturowanymi wywiadami pogłębionymi. Zanim przystąpiliśmy do gromadzenia danych, określiliśmy obszary, które miały być omawiane z każdym z uczestników, np. sytuacja rodzinna, historia choroby i leczenia, wcześniejsze doświadczenia związane z pracą zawodową, wpływ choroby na ciągłość pracy, doświadczenia związane z rehabilitacją. Dla każdego z tych obszarów przygotowaliśmy przykładowe pytania otwarte, zachęcające uczestników do dzielenia się swoimi wspomnieniami, przeżyciami i myślami w tym zakresie. Badaczka omawiała wymienione obszary z każdym z uczestników oraz zadawała dodatkowe pytania w celu klaryfikacji i pogłębienia wątków wnoszonych przez poszczególnych uczestników.

Analiza danych

Wszystkie nagrania wywiadów zostały poddane transkrypcji i kolejnym etapom interpretacyjnej analizy fenomenologicznej [30]. Do administracji danych użyliśmy oprogramowania Nvivo10. Analizę rozpoczęliśmy od wielokrotnego odsłuchania po-

szczególnych nagrań i czytania transkrypcji. Następnie, za pomocą funkcji „annotation" (adnotacja), w programie komputerowym tworzyliśmy notatki, które dotyczyły treści, języka i naszego sposobu rozumienia materiału. Kolejnym krokiem była kategoryzacja notatek przez przypisanie im tematów. Podobną procedurą objęty zostały materiał z każdego wywiadu. Następnie porównywaliśmy listę tematów wyodrębnionych w czasie analizy każdego wywiadu, analizowaliśmy związki pomiędzy poszczególnymi tematami i grupowaliśmy je pod kątem znaczeniowym na główne oraz podrzędne. W niniejszym artykule przedstawimy opis tematów głównych i podrzędnych, które wiązały się z doświadczeniem pracy w ZAZ-ie.

Wyniki

Wszyscy uczestnicy badania opisywali z detalami swoje doświadczenia związane z pracą w ZAZ-ie, opowiadali o jej znaczeniu w ich życiu i procesie leczenia, uzyskiwanych korzyściach, jak również wyzwaniach i obciążeniach. W toku analizy wyróżniliśmy pięć tematów głównych (przedstawionych w tabeli 2), które szczegółowo omówimy, ilustrując je fragmentami wypowiedzi uczestników.

Tabela 2. **Tematy wyodrębnione w toku analizy**

Tematy główne	Liczba uczestników, którzy poruszali temat
1. Mobilizująca funkcja pracy	6
2. Pozytywny obraz siebie jako pracownika	5
3. Poczucie wspólnoty	7
4. Gratyfikacja finansowa	8
5. Obciążenia związane z pracą	8

Mobilizująca funkcja pracy

Wykonywanie czynności zawodowych w ramach struktury ZAZ wiązało się z przyjęciem przez uczestników określonych obowiązków i dostosowaniem się do rytmu pracy. Dla wielu z nich regularne chodzenie do pracy dawało poczucie struktury, przewidywalności i zakotwiczenia w realności. Stefan opisywał podpisanie umowy o pracę jako ważne osiągnięcie i czuł się zobowiązany, aby sprostać powierzonym mu zadaniom, nawet w chwilach obniżenia nastroju:

> *Sam z siebie to ja nie czuję, żeby mi się chciało coś robić. Nie wiem, czy ja mam lekką depresję. Po prostu budzę się i nie chce mi się wstawać. Myślę sobie, że ten dzień będzie ciężki, nudny i drażniący, ale jestem tutaj zatrudniony, podpisałem umowę o pracę i nie mogę sobie lekceważyć tego.*

Obowiązki i możliwość sprawdzenia się w powierzonych funkcjach mogły nadawać ich życiu sens, dawać poczucie podmiotowości i działać jako czynnik moty-

wacyjny. Karolina zauważa, że praca ją „mobilizuje, bo trzeba rano wstać". Można przypuszczać, że w przeciwnym razie mogłaby unikać kontaktów społecznych i „zalegać" w łóżku. Paweł także podkreślał, że obowiązki zawodowe zachęcały go do aktywności i wyjścia z domu:

Praca uczy mnie regularności oraz rzetelności. Nie wiem, jak to wyrazić. No to że, na przykład, idę na szóstą rano, to już mam motywację po to, że muszę wstać z łóżka, bo niektórzy na przykład nie wstają z łóżka, tylko pozostają w nim. Ja wstaję, myję się, idę do pracy. Już samo to, że wstałem i poszedłem do pracy, daje mi siłę na to, żeby pracować.

Badany zwraca uwagę na konieczność wstania o odpowiedniej porze i zadbania o swoją higienę. Inna badana, Janina, również porusza kwestię wyglądu. Ponieważ w pracy wchodzi w interakcje z innymi ludźmi, chce zadbać o swój wizerunek, aby uniknąć negatywnej oceny społecznej:

Jak się idzie do tej pracy, to musi się zadbać o siebie. A taki człowiek jak ja, moim zdaniem, nie dba o siebie już. Jemu wszystko jedno jest, czy jest uczesany, czy jest ubrany. To nie jest ważne. Ale jak się wychodzi do ludzi, to niestety, już człowiek musi się jakoś jednak dla samej krytyki podciągnąć: ubrać się uczesać czy umalować i wychodzi się do pracy.

Teresa porównywała swoją aktywność w pracy i w domu. Zauważyła, że silnym czynnikiem motywującym do działania jest obecność i zaangażowanie kadry. Wydaje się, że kierownictwo ZAZ-u pełni (symbolicznie) rolę opiekunów, którzy zachęcają i wspierają w podejmowaniu wyzwań. „Tu w pracy jest tak, że trzeba wykonać to czy tamto i człowiek musi, to się bierze, a w domu nikt nie dopinguje i to jest trochę inaczej" – mówiła.

Obecność kadry dla Stefana miała podobne znaczenie. Uzyskanie od nich szczegółowych instrukcji przeżywał jako zachętę do działania i nie czuł się zagubiony: „Oni wyznaczają, co kto ma robić. Motywują do pracy. Bo jeżeli mi by coś samemu przyszło od początku do końca zrealizować, to ja bym stanął i nie wiedział od czego zacząć".

Pozytywny obraz siebie jako pracownika

Okazja do bycia aktywnym zawodowo i sprawdzenia się w różnych zadaniach wpływała korzystnie na samoocenę badanych i budowanie poczucia własnej skuteczności. Jolanta opisywała z dumą sytuacje, w których może się wykazać: „Dobrze mi to idzie, sprawnie. Robię to dość szybko, a o to chodzi, żeby nie było kolejki podczas wydawania posiłków". Według Janiny kontakt z innymi pracownikami ZAZ-u dodawał jej nadziei, że może być przydatna społecznie i pomagał w radzeniu sobie ze stereotypami na temat osób niepełnosprawnych, które przypisywała ludziom i sama zinternalizowała. Mogła włączyć rolę zawodową w obraz self, zamiast budować własną tożsamość głównie na podstawie ograniczeń lub deficytów związanych z chorobą i rolą pacjenta:

Jak zobaczyłam, że tacy ludzie mogą jeszcze pracować, że mogą być przyjęci do pracy, to mnie to tak ujęło, że jest mi ciepło na duszy. Lu-

dzie mówią: „Niepełnosprawni, co oni tam mogą zrobić?". Spotkałam się z takimi słowami. To jest też najważniejsze, że człowiek może coś zrobić, że nie jest odrzucony od społeczeństwa.

Uczestnicy czuli wdzięczność za uzyskaną szansę zatrudnienia i bardzo identyfikowali się z zakładem pracy. Janina nazywa go „swoim miejscem, marzeniem i drugim domem". Podobnie jak Karolina uważa, że osoby niepełnosprawne bardzo się starają i przywiązują do miejsca pracy, ponieważ liczba zakładów zatrudniających ludzi z doświadczeniem choroby psychicznej jest ograniczona. Teresa uważa, że przez wykonywaną przez siebie pracę partycypuje w utrzymaniu całego ZAZ-u, co nadaje większy sens jej zaangażowaniu.

Irek zwrócił uwagę na swoistą inwersję ról, kiedy miał możliwość obsługiwania jako kelner imprez, w których uczestniczyli lekarze lub księża. Ludzie, od których przyjmował dotychczas wsparcie i pomoc, stawali się odbiorcami jego usług. Umożliwiało mu to wchodzenie w różne role społeczne (nie tylko role chorego i niepełnosprawnego) i uzyskanie poczucia rewanżu. Miało to dla niego szczególne znaczenie, kiedy spotykał się z wdzięcznością ze strony osób, które były dla niego autorytetem: „Dla mnie to jest bardzo przyjemne, jak ludzie wychodzą i bardzo nam dziękują za kelnerowanie, plus że bardzo smaczne te posiłki. Ostatnio dostaliśmy bombonierkę za kelnerowanie na chrzcinach".

Pozostali uczestnicy również czerpali satysfakcję z sytuacji, w których ich starania były doceniane przez kierownictwo lub klientów, szczególnie kiedy w życiu prywatnym brakowało im tego typu doświadczeń. „Czuję się tak bardziej dowartościowana. Bo czasem coś zrobię i ktoś powie, że to ładne, dobre. Lubię bardzo piec, tylko że w domu mało robię takich rzeczy, bo nie mam komu" – mówiła Karolina

Zadania stawiane przed pracownikami ZAZ-u często pokrywały się z obowiązkami wykonywanymi przez nich w domu. Uczestnicy mieli więc poczucie, że są one dostosowane do ich możliwości, co umacniało ich w poczuciu skuteczności. Wydaje się, że rodzaj i zakres obowiązków zależały od stanu zdrowia i możliwości pracownika. Badani mieli wrażenie, że pracują w warunkach chronionych i mogą liczyć na większą wyrozumiałość, niż miałoby to miejsce w przypadku osób zdrowych. Na ten temat wypowiedział się Irek:

Pomaga mi taka tolerancja. Rok temu byłem na nowych lekach. Mieliśmy katering i kierowniczka coś tam ode mnie wymagała, żebyśmy przyszykowali. Ja nie byłem się w stanie w pionie utrzymać. Gdziekolwiek przysiadłem, czy to był kawałek stołu, czy blatu, zasypiałem normalnie w ułamku chwili jak suseł. Myślę, że gdyby to było w zwyczajnej pracy, to taki kierownik kawiarni mógłby powiedzieć: „Narkotyków się naćpałeś? Podpity jesteś po wczorajszym?". A tu powiedziałem kierowniczce, że wczoraj wziąłem takie i takie leki po raz pierwszy, a dzisiaj rano po raz drugi i było totalne zrozumienie.

Spośród wszystkich uczestników Stefan deklarował odmienną postawę wobec wykonywanej pracy. Porównywał się do innych pracowników i umniejszał znaczenie przypisanym mu zadaniom, a siebie postrzegał jako osobę bez żadnych kompetencji.

Twierdził, że wykonywane zajęcie nie odpowiadało zbytnio jego zainteresowaniom: „Bo wiem, że panie kucharki mają więcej na głowie. To, co ja robię, w porównaniu z nimi, jest po prostu takie mniej ważne. Gdyby nie one, to by tutaj nie było tych obiadów. Tutaj nic takiego ważnego nie robię, bo pracuję jako pomoc kuchenna".

Poczucie wspólnoty

Chodzenie do pracy było okazją do kontaktu z innymi ludźmi, co pomagało niektórym w przełamaniu izolacji społecznej. Teresa podkreślała znaczenie tego faktu w przypadku osób samotnych, które nie mają zbyt wielu znajomych: „Mam koleżanki. Człowiek nie jest sam. Odezwie się do tego lub tamtego, kogoś posłucha". Mateusz również podkreślał, że praca daje mu możliwość „udziału w życiu społecznym". ZAZ-y były miejscem, gdzie badani mogli spotkać inne osoby, które zmagały się z podobnymi co oni problemami. Identyfikowanie się z innymi sprzyjało tworzeniu poczucia wspólnoty i zmniejszało uczucie wyobcowania. Stefan mówił: „Wiem, że nie jestem sam jeden. Kilka osób tam też ma schizofrenię paranoidalną. Wiem, że nie jestem wyjątkiem. Mam takie oparcie w duchu, że nie tylko mnie to dotknęło".

Badani twierdzili, że doświadczenie choroby zbliża ludzi do siebie, ponieważ chorzy mogli lepiej zrozumieć trudności i wyzwania, przed jakimi stoją osoby leczące się psychiatrycznie. Karolina mówiła, że „inne osoby chore wiedzą, że ma się lepsze dni i gorsze, że czasem człowiek jest rozdrażniony, jakiś nerwowy". W ten sposób mogli stawać się tzw. ekspertami przez doświadczenie (experts-by-experience). Irek zwraca uwagę, że pracownicy nie zawsze opowiadają sobie o swoich objawach, ale sama świadomość wspólnoty doświadczeń jest krzepiąca:

> *Takie rzeczy to ja znam z autopsji. Ja tam z dziewczynami na te tematy nie rozmawiam za dużo, ale każdy z nas ma coś takiego, że ten lęk się czasami przyplącze. Nie wiadomo, po co taki stan lękowy albo to znowu nabuzowanie jakieś takie. To jest wpisane w tę chorobę.*

Według Karoliny osoby zdrowe nie są w stanie w pełni zrozumieć trudności, jakich doświadczają ludzie z chorobą psychiczną:

> *My się dobrze rozumiemy, bo jakieś tam podobieństwa w chorobie są. Człowiek wie, jak to jest ciężko, jakie to czasem są tortury psychiczne. Tego zdrowa osoba to chyba nie jest w stanie pojąć nawet. Także nie ma co z taką osobą mówić o chorobie, bo to nic nie daje.*

Jednak badani deklarowali, że w ZAZ-ie czują się bardziej akceptowani i mogą liczyć na większą wyrozumiałość oraz wsparcie społeczne nie tylko ze strony współpracowników, ale też kadry kierowniczej. Przykładem jest Karolina: „Jak już jest całkiem źle, no to wtedy dzwonię i mówię, że dzisiaj na przykład nie przespałam nocy, czy tam spałam dwie godziny i wtedy w pracy rozumieją i udzielają tam jakichś dni wolnych".

Dzięki temu doświadczają mniej wstydu i lęku przed oceną. Janina podkreślała: „W żadnym zakładzie pracy nie doświadczyłam takiego ciepła jak tutaj".

Gratyfikacja finansowa

Otrzymywanie zapłaty za wykonywaną przez siebie pracę było swoistym czynnikiem odwołującym się do realności i zasad funkcjonowania społecznego. Badani mówili o rozwijającym się w nich poczuciu niezależności i kontroli nad własnym życiem. Cieszyli się z otrzymywanej pensji i mieli motywację, aby uczyć się zarządzania własnymi finansami. Miało to pozytywny wpływ na ich samoocenę, w tym Pawła:

> *To mi pomaga w tym, że teraz usamodzielniłem się od pewnego czasu. Muszę tak gospodarować pieniędzmi, że jeśli mam koniec jednego miesiąca, to jeszcze musi mi zostać do następnej wypłaty bądź ewentualnie tam renty. I muszę myśleć o tym, że muszę opłacić mieszkanie, rachunki i zrobić zakupy. No i uczy mnie tego, żebym oszczędzał.*

Chociaż zarobki w ZAZ-ie były niewielkie, to umożliwiały zaspokajanie niektórych potrzeb i realizowanie własnych planów. Teresa zbierała oszczędności na zakup mebli („Zaoszczędziłam parę złotych, to planuję sobie szafę kupić. Mam trochę więcej pieniędzy. Moje potrzeby jakoś zaspokajam, stać mnie na to"), a Stefan dzięki zarobionym pieniądzom mógł założyć sobie internet.

Z kolei Jolanta traktowała pieniądze zarobione w ZAZ-ie jako dodatek do renty i odkładała je na nieprzewidziane wydatki: „Oszczędzam na czarną godzinę, jak to się mówi". Twierdziła, że zgromadzone środki dają jej większe poczucie bezpieczeństwa i niezależności. Podobne podejście deklarowała Karolina, która cieszyła się z możliwości dorobienia do niskiej renty:

> *Cieszę się, że pracuję, bo jestem już w wieku emerytalnym. W orzeczeniu mam napisane, że praca w warunkach specjalnych, to akurat mi to nie koliduje z niską rentą. Jak ja sobie tutaj dorobię, to mam taką małą pensyjkę.*

Irek, który pracuje na stanowisku kelnera, mówił też o napiwkach otrzymywanych od zadowolonych klientów. Deklarował ambiwalentny stosunek do nich. Z jednej strony czuł się doceniony za swoją pracę, z drugiej obawiał się jednak bycia posądzonym o wymuszanie napiwków, gdyż kiedyś był świadkiem takiej sytuacji w restauracji w mieście. Być może świadczy to o lęku Irka przed własną zachłannością, wyobrażeniem kary za nią i zawiścią ze strony współpracowników:

> *Pół roku temu kelnerowaliśmy na tej sali i pod koniec podszedł do mnie facet i wcisnął mi kilka papierków w rękę. Domyśliłem się, że pieniądze, więc mówię, że nie mogę, bo to jest moja praca. Nie są u nas przewidziane napiwki w tym systemie i tak dalej. A on mi powiedział: „Słuchaj, bierz, bo ja cenię dobrą pracę". Więc to było 40 zł, a było nas, oprócz kierowniczki, jeszcze dwie osoby. Więc jakoś tak po sprawiedliwości rozdzieliłem te cztery dychy na cztery dziesiątki i każdy z nas był zadowolony. To nie chodzi o to, że każdy z nas jest pazerny, bo te 10 zł to nie jest taka wielka kwota. Ale to jest taki fajny dowód tego, że ludziom się podobało.*

Obciążenia związane z pracą

Oprócz różnych korzyści związanych z pracą w ZAZ-ie badani opisywali także wyzwania i trudności, do których należały głównie konflikty z personelem kierowniczym, współpracownikami lub klientami. Chociaż sytuacje konfliktowe budziły w badanych silne emocje, to mówili o nich niechętnie. Można było odnieść wrażenie, jakby odczuwali wstyd lub chcieli ukryć coś, co w ich mniemaniu przedstawiłoby ZAZ w złym świetle przed osobą z zewnątrz – podobnie jak dzieci, które starają się chronić wizerunek własnej rodziny.

Opowiadając o konflikcie z kadrą, Karolina podkreślała swoją lojalność i identyfikację z zakładem pracy:

> *Bardzo to przeżywałam, ale czas leczy rany i człowiek wraca do normalności. To nie w moim typie, żeby z kimś zadzierać specjalnie, ale jak mnie ktoś zdenerwuje, a jestem osobą nerwową, to czasem takie jakieś drobne konflikty są. Ale rzadko, bo tak jak mówię, jestem po tej stronie [jestem pracownikiem ZAZ-u], pracę staram się wykonywać dokładnie.*

O ile Karolina opisywała siebie jako osobę nerwową i potrafiła wyrazić niezadowolenie, o tyle Teresa bała się złości i unikała sytuacji otwartego sporu: „Nie chciałam, żeby afera była. Po co komu? Wolę, żeby był spokój". Według Janiny szpital i personel medyczny korzystający z usług ZAZ-u negatywnie oceniali pracę osób niepełnosprawnych, które przygotowywały i dostarczały posiłki do oddziałów szpitalnych. Janina uważa, że wykazywali oni mniejszą tolerancję dla popełnianych błędów: „U nas w szpitalu, jak ktoś czegoś zapomni, bo po prostu jest sporo pracy, jak się coś pomyli, to jest bardzo wielka awantura, że my nic nie umiemy".

Pozostałe trudności, o jakich wspominali badani, to napięcie związane z trudnymi warunkami pracy i dokuczliwe objawy chorobowe innych współpracowników. Mateusz narzekał na zmęczenie w związku dużą ilością obowiązków, wykonywaniem pracy fizycznej na stojąco i pod presją czasu. Twierdził, że kiedy „jest coś więcej do zrobienia i takie troszeczkę większe tempo, to sytuacja staje się wtedy stresująca". Paweł natomiast był bezradny wobec zachowania innych, które, jak twierdzi, było spowodowane chorobą. Złościł się na osoby z kierownictwa ZAZ-u, które powinny według niego zauważać trudności i je kontrolować, zapewniając pozostałym pracownikom komfort pracy.

> *Jedyną rzeczą, która jest ciężka dla mnie tutaj, to pewne natręctwa jednego z moich kolegów. Po prostu to mnie tak męczy. W tym tygodniu to jestem już spompowany fizycznie i psychicznie właśnie przez niego, przez słuchanie i patrzenie na niego. To źle na mnie wpływa. Z drugiej strony nie mam na to żadnego wpływu. To ktoś inny powinien mieć na to wpływ – jego lekarz, osoby tutaj kierujące tym wszystkim.*

Sytuacje trudne konfrontowały badanych ze zwykłymi wydarzeniami, typowymi dla miejsc pracy, testowały ich umiejętności rozwiązywania konfliktów interpersonalnych i radzenia sobie ze stresem. U niektórych wywoływało to napięcie, ale poradzenie

sobie z trudną sytuacją mogło też stać się powodem zadowolenia i dumy. U pacjentów ze słabymi funkcjami ego mogło prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia.

Dyskusja

Przeprowadzone badanie zgłębiało znaczenie, jakie osoby zatrudnione w ZAZ-ie nadawały swojej pracy. Badani chętniej mówili o pozytywnych doświadczeniach związanych z pracą, natomiast rzadziej o trudnościach. Niechętnie wspominali o konfliktach z personelem lub współpracownikami. Analiza wywiadów pokazuje jednak, że aktywność zawodowa była wysoko ceniona. Potwierdzają to m.in. wyniki amerykańskich badań przeprowadzonych przez Dunn, Wewiorski i Rogers [36], w którym badani bardzo mocno utożsamiali się ze swoją pracą i twierdzili, że pomaga im ona w powrocie do zdrowia. Trzebińska i Dziewulska [37] sugerują, że korzyści z aktywności zawodowej mogą wiązać się z tym, że jest ona jednym z niewielu dostępnych sposobów reintegracji osobowości. Wydaje się, że było tak też w przypadku naszych badanych. Pozytywne doświadczenia większości uczestników związane z pracą (np. poczucie docenienia) prowadziły do poprawy samooceny, pozwalały na przejście od poczucia nieprzydatności, bezwartościowości, identyfikowania się wyłącznie z rolą pacjenta, do postrzegania siebie również jako cenionego, dobrego pracownika. Dzięki pracy w ZAZ-ie i kontaktom z innymi choroba stawała się tylko jednym z aspektów funkcjonowania, które wpływały na tożsamość. Według Krupy [38] rola pracownika powoduje koncentrowanie się na pracy i obowiązkach z nią związanych, a tym samym ogranicza dezorganizujący wpływ objawów chorobowych. Jak pokazuje nasze badanie, co potwierdzają też wyniki amerykańskich oraz kanadyjskich analiz, praca dostosowana do możliwości i zgodna z preferencjami pracownika pozytywnie wpływa na jego samoocenę i jest źródłem poczucia osiągnięć i dumy [36, 39]. Stefan, jako jedyny z badanych, uważał, że praca nie odpowiada jego zainteresowaniom i bardzo nisko oceniał swoje kompetencje jako pracownika oraz czuł się nieprzydatny w pracy. Dla przeżycia zadowolenia z aktywności zawodowej ważne jest więc dostosowanie zadań do preferencji i zainteresowań osoby poszukującej pracy, a wtedy może ona wpływać pozytywnie na obraz siebie. Ważnym aspektem w podejmowaniu aktywności zawodowej jest również to, że praca pomaga radzić sobie ze stygmatyzacją i uwewnętrznionym piętnem choroby. Doświadczenie własnych kompetencji oraz status pracownika, a nie tylko osoby z zaburzeniem psychicznym, są bardzo ważne [40]. Z tego powodu zamiast skupiać się głównie na ograniczeniach i stratach związanych z chorobą, warto, aby profesjonaliści wzmacniali swoich pacjentów w rozpoznawaniu własnych zasobów i możliwości rozwoju. Killeen i O'Day [41] podkreślają, że w przyszłości stan wielu źle funkcjonujących pacjentów może ulec poprawie, umożliwiając im podjęcie jakiejś formy aktywności zawodowej. Cechnicki i Liberadzka [33] postulują natomiast wprowadzenie rehabilitacji „zorientowanej na powrót do zdrowia" i wskazują na nieskuteczność działań skoncentrowanych na deficytach. Jednak nie należy zapominać, że pracownicy ZAZ-u mogą spotykać się z sytuacjami, w których będą czuć się „naznaczani", a to może negatywnie wpływać na ich samoocenę. Jedna z badanych przez nas kobiet miała poczucie, że klienci negatywnie oceniają pracę osób

zatrudnionych w ZAZ-ie i krytykują ją tylko ze względu na ich niepełnosprawność. Rehabilitacja psychiatryczna powinna więc uwzględniać działania, ułatwiające radzenie sobie z uprzedzeniami społecznymi i dyskryminacją.

Jak pokazało nasze badanie, jedną z najbardziej podstawowych, ale i najważniejszych funkcji pracy był jej aspekt mobilizujący. Aktywizowała i stabilizowała ona badanych przez dostarczanie im struktury oraz rytmu. Nadawała też sens podejmowanym działaniom i wzmacniała poczucie podmiotowości. Czerpanie przyjemności z możliwości sprostania obowiązkom zawodowym pomagało radzić sobie z chorobą i związanymi z nią trudnymi emocjami. Te cechy pracy były również ważne dla badanych przez Dunn, Wewiorski i Rogers [36], którzy uważali, że żadna inna aktywność nie wpływa aż tak korzystnie na ich zdrowie. Wymagania związane z pracą skłaniają do zachowań spójnych z indywidualnymi i społecznymi normami, stwarzają przestrzeń do rozwoju zainteresowań, umiejętności i zasobów [38]. Jednak wymagania związane z pracą, nawet na chronionym rynku pracy, dla niektórych osób są zbyt duże i wywołują lęk przed niesprostaniem obowiązkom. Może to z kolei prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia. Nie wszyscy traktują płatną pracę jako sposób na powrót do zdrowia [41]. Badane przez nas osoby uważały nadmiar obowiązków i szybkie tempo pracy za obciążające. Miało to miejsce zwłaszcza w sytuacji nieobecności któregoś ze współpracowników, na przykład wskutek pogorszenia stanu zdrowia. Należy więc dbać o to, by wymagania nie przekraczały możliwości osoby podejmującej jakąś formę uczestnictwa zawodowego, a stanowisko i zakres obowiązków dostosowane były do ich kwalifikacji i aktualnego poziomu sprawności psychofizycznej [37]. Uzasadnia to potrzebę obecności w zakładach asystentów osoby niepełnosprawnej – szczególnie w przypadku pracowników, którzy podejmują pracę po raz pierwszy lub po długiej przerwie. Zasadne jest także wprowadzenie regularnej superwizji dla personelu ZAZ-u, prowadzonej przez osoby z zewnątrz.

Aktywność zawodowa pozwala przełamywać izolację społeczną przez możliwość identyfikowania się z innymi osobami, które mają podobne problemy. Nasze badanie potwierdza wnioski Leufstadius, Eklund i Erlandsson [42], wskazujące na to, że praca jest źródłem poczucia przynależności i wspólnoty. Wsparcie ze strony przełożonych i współpracowników oraz dobre relacje z nimi stanowią podtrzymujące środowisko, co pozytywnie wpływa na stan psychiczny i jest swego rodzaju czynnikiem chroniącym przed nawrotem choroby [39]. Jednak sytuacje konfliktowe, które są nieodłącznym elementem relacji międzyludzkich, mogą się też przyczyniać do zaostrzenia objawów, zwłaszcza że osoby chorujące na schizofrenię nadmiernie reagują na wyrażanie przez innych negatywnych emocji [37]. Badane przez nas osoby raczej niechętnie mówiły o sytuacjach konfliktowych ze współpracownikami i przełożonymi, bały się wyrażać swoją złość na innych. W większości przypadków minimalizowały one znaczenie takich sytuacji. Warto eksplorować to, w jaki sposób osoby chorujące psychicznie radzą sobie z sytuacjami konfliktowymi i doświadczanymi w związku z tym emocjami. Badani postrzegali personel ZAZ-u raczej jako rozumiejący i wspierający, choć nie zawsze zauważający sytuacje konfliktowe między pracownikami. Sami badani też nie zgłaszali kierownictwu sytuacji trudnych (np. nasilenia się uciążliwych objawów chorobowych u współpracowników), tylko czekali na działanie ze strony przełożonych. Wynika z tego,

że pracownicy czują się bardzo zależni od autorytetów i muszą być zachęcani, aby otwarcie mówić o swoich potrzebach i wygłaszać swoje opinie [40]. Z tego względu należy rozważyć wprowadzenie warsztatów radzenia sobie ze stresem, ukierunkowanych na specyficzne problemy osób z zaburzeniami psychicznymi jako element przygotowania do pracy zawodowej. Aby wzmocnić ich strategie radzenia sobie ze stresem, osoby te powinny być też zachęcane do korzystania z pomocy psychologicznej.

Gratyfikacja finansowa okazała się również elementem kształtującym przeżywanie własnej aktywności zawodowej. Miała związek z planowaniem wydatków, poczuciem kontroli, niezależności i bezpieczeństwa oraz wzmacniała związek z realnością. Własne zarobki mogą być źródłem dumy i poczucia osiągnięć [36]. Nasi badani cieszyli się z wypłat, ale były one dość niskie i zwykle stanowiły dodatek do renty. Zdaniem niektórych badaczy [43] to właśnie renta w dużej mierze ogranicza motywację do podjęcia pracy i rezygnacji z zysków zewnętrznych, związanych z niepełnosprawnością. Chociaż świadczenia rentowe dają jakąś formę bezpieczeństwa, szczególnie w okresach pogorszenia stanu zdrowia, to mogą też zmniejszać motywację do poszukiwania pracy w warunkach konkurencyjnych. Rezygnacja z renty wymaga podjęcia ryzyka i wiary w swoje możliwości, poczucia własnej sprawczości i wiary w przyjazne nastawienie otoczenia. Jednak należy pamiętać, że oferowane stawki w zderzeniu z rzeczywistością przypominają raczej „kieszonkowe” aniżeli wypłatę pracowniczą. Z tej perspektywy praca w ZAZ-ie przypomina raczej trening lub zabawę. Jedynie podjęcie pracy w warunkach konkurencyjnych daje potencjalną szansę na samodzielne utrzymanie się. Wydaje się to możliwe tylko w przypadku pacjentów bardzo dobrze funkcjonujących lub mających szczególnie cenione umiejętności (np. artystyczne).

Według Brown i Kandirikirira [44] czynnikami ułatwiającymi aktywność zawodową są: elastyczne i sprzyjające postawy innych, własne tempo podejmowania pracy lub powrotu do niej, rozpoznanie najsensowniejszej dla siebie formy aktywności i przeżywanie zadowolenia z niej. Wyniki te znajdują także potwierdzenie w naszym badaniu. Mimo dowodów na terapeutyczne działanie pracy [11] i deklarowanie przez większość pacjentów chorych psychicznie chęci pracy [15, 45], tylko nikły odsetek z nich uczestniczy w programach aktywizacji zawodowej i pracuje na otwartym rynku pracy. Przyczyny takiego stanu rzeczy omawiane były w wielu publikacjach [11, 19, 28, 37]. Wydaje się, że w Polsce podstawowym problemem pozostaje brak zintegrowanego systemu rehabilitacji i aktywizacji zawodowej, który byłby dostosowany do zróżnicowanych potrzeb osób cierpiących na zaburzenia psychiczne i powiązany z otwartym rynkiem. Brak jest również legislacyjnych rozwiązań wspierających różne formy zatrudnienia dotowanego [6, 46]. Poważnym problemem pozostaje nadal wysoce „szpitalocentryczny” model opieki. Chociaż duże nadzieje wiązano z NPOZP, to jednak większość zadań zawartych w programie pozostaje niezrealizowana, co prowadzi do dyskryminacji strukturalnej osób z zaburzeniami psychicznymi [47]. Pomijanie na poziomie władzy centralnej i lokalnej potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi współwystępuje też ze społeczną stygmatyzacją chorych, co utrudnia im dostęp do pracy jako ważnej aktywności związanej z procesem zdrowienia [47, 48].

Historie powrotu do zdrowia naszych badanych pokazują, że rehabilitacja społeczna i aktywizacja zawodowa przyczyniają się do poprawy w tych obszarach funkcjono-

wania, w których farmakoterapia ma ograniczone efekty. Leczenie farmakologiczne pomogło zredukować objawy, ale badane osoby nadal izolowały się, miały znaczące problemy w codziennym funkcjonowaniu. Morrison i wsp. [49] twierdzą, że psychiatrzy w nadmiernym stopniu polegają na lekach antypsychotycznych. Dominuje przekonanie, że nie ma alternatywnych rozwiązań. Postawa ta utrzymuje się, chociaż metaanalizy przeprowadzonych dotychczas badań często pokazują ograniczoną skuteczność leków antypsychotycznych [50]. Badacze zwracają też uwagę na niepożądane działania tych leków. Na podstawie przeglądu badań, Moncrieff i Leo [51] pokazują, że leki antypsychotyczne mogą być odpowiedzialne za zmiany strukturalne OUN, które wcześniej przypisywano schizofrenii. Do podobnych wniosków doszli Beng-Choon i wsp. [52], którzy nawołują psychiatrów do zachowania ostrożności w ustalaniu dawek i długości trwania leczenia oraz do uważnego rozważania potencjalnych korzyści i strat. Zwraca się uwagę, że chociaż pewna grupa pacjentów uzyskuje poprawę po zażyciu leków antypsychotycznych, to są też tacy, którzy jej nie uzyskują. Mimo to są oni zachęcani do kontynuacji farmakoterapii, bez względu na niepożądane objawy. Nasi badani mieli ambiwalentny stosunek do farmakoterapii – skarżyli się na działania niepożądane (trudności poznawcze i motoryczne), utrudniające im wykonywanie obowiązków zawodowych. Z podobnych powodów wielu pacjentów leczonych przewlekle może tracić nadzieję na możliwość pracy zawodowej, nauki, posiadania rodziny. Są to ważne powody wpływające na negatywną postawę pacjentów wobec farmakoterapii (szczególnie długoterminowej). Lieberman i wsp. [53] zaobserwowali podobną niechęć do stosowania leków w grupie 1493 pacjentów zrekrutowanych do badania, spośród których 74% przerwało leczenie m.in. z powodów działań niepożądanych. Różni autorzy zachęcają zatem do rozważenia alternatywnych rozwiązań, szczególnie w przypadkach, kiedy stosowanie leków nie przynosi oczekiwanej poprawy. Morrison i wsp. [54] przedstawiają obiecujące rezultaty stosowania technik behawioralno-poznawczych zamiast farmakoterapii. W Finlandii, gdy wykorzystywano metodę otwartego dialogu, jedynie u 33% pacjentów z psychozą konieczne było zastosowanie farmakoterapii. Rezultaty takiego leczenia umożliwiły 84% pacjentów powrócić na studia lub do pracy zawodowej w pełnym wymiarze godzin [55]. Knafo i Selzer [56] podają też ciekawy przykład psychodynamicznej pracy z pacjentem będącym w psychozie. Autorzy ci nawołują do zmiany podejścia we współczesnej medycynie, które kładzie nacisk na eliminację objawów za pomocą farmakoterapii, na próbę zrozumienia funkcji i znaczenia symptomów. Częstsze stosowanie różnych form psychoterapii w rehabilitacji psychiatrycznej i większa rozwaga w stosowaniu farmakoterapii (szczególnie poza okresami zaostrzenia objawów) mogą zredukować poważne, niepożądane skutki, które na dłuższą metę utrudniają lub wykluczają możliwość aktywności zawodowej.

Ograniczenia i dalsze kierunki badań

Nasze badanie miało charakter eksploracyjny i wysoce idiograficzny – skupiało się na indywidualnych doświadczeniach jednostek. Lee i Tracey [57] podkreślają przydatność tego typu analiz, bo pozwalają one konstruować wstępne założenia i teorie, a następnie weryfikować je w sposób ilościowy. Wydaje się, że obszar aktywności

zawodowej wymaga wielu badań, które pozwoliłyby lepiej zrozumieć mechanizmy leżące u podłoża skutecznej rehabilitacji i aktywizacji zawodowej. Oczywiście można się zastanawiać, co miałyby do powiedzenia osoby, które nie wyraziły zgody na udział w badaniu lub które mówiły niewiele i z tego względu wywiady prowadzone z nimi nie mogły zostać poddane analizie. Być może stanowią one odrębną grupę i niewątpliwie interesujące byłoby poświęcenie więcej czasu na nawiązanie kontaktu z nimi oraz eksplorowanie ich doświadczeń pracy w ZAZ-ie. W dalszej kolejności warto badać temat znaczenia nadawanego aktywności zawodowej przez osoby na różnych etapach rehabilitacji zawodowej oraz przez osoby zatrudnione na otwartym rynku pracy, aby uzyskać pełny obraz badanego zjawiska. Istnieje również potrzeba dalszych badań eksplorujących trudności pacjentów w miejscu pracy (zwłaszcza w sytuacjach konfliktowych, o których nasi badani mówili niechętnie) i wykorzystywane przez nich strategie radzenia sobie. Należałoby też zwrócić uwagę na problem utraty pracy wskutek choroby. Są bowiem sytuacje, w których ludzie ze specjalistycznym wykształceniem i wykonujący pracę wymagającą odpowiedzialności oraz prawidłowych funkcji poznawczych lub motorycznych tracą możliwość wykonywania zawodu wskutek objawów chorobowych. Dalsze badania powinny analizować znaczenie utraty możliwości pracy w zawodzie i wpływ, jaki wywiera ten fakt na ich tożsamość oraz samoocenę.

Jeśli chodzi o implikacje praktyczne, to warto dążyć do tworzenia lokalnych programów aktywizacji społeczno-zawodowej, wykorzystujących środowiskowy i zintegrowany model wsparcia społecznego [46]. Istotną pomocą byłoby realizowanie zadań zawartych w NPOZP i poprawa współpracy wszystkich instytucji, które są zaangażowane w rehabilitację i aktywizację osób z doświadczeniem ciężkiej choroby psychicznej: lekarzy, pomocy społecznej, urzędów pracy, pracodawców czy samorządów. Powinno się kontynuować społeczne kampanie edukacyjne, mające na celu zmianę odbioru osób cierpiących na zaburzenia psychiczne oraz promować idee o terapeutycznym działaniu pracy dla tych osób [48]. Ważna jest również edukacja specjalistów zajmujących się ochroną zdrowia psychicznego na temat znaczenia pracy w leczeniu ciężkich zaburzeń psychicznych oraz dostępnych możliwości w zakresie rehabilitacji i aktywizacji zawodowej. Uzasadnione byłoby ponadto stworzenie centralnego banku danych, zawierającego informacje o różnych podmiotach realizujących programy aktywizacji zawodowej, do którego mieliby dostęp lekarze, pacjenci oraz potencjalni pracodawcy.

Wnioski

1. Aktywność zawodowa może korzystnie wpływać na samoocenę, aktywować pacjentów i pomóc im w przełamaniu izolacji społecznej oraz budowaniu poczucia niezależności.
2. Należałoby poprawić współpracę pomiędzy ludźmi a instytucjami zaangażowanymi w rehabilitację psychiatryczną i zawodową osób cierpiących na choroby psychiczne.

3. Należy utworzyć centralną bazę danych o rehabilitacji zawodowej i instytucjach ją świadczących, dostępną online dla wszystkich zainteresowanych.
4. Należy badać sytuacje wywołujące stres w miejscu pracy i zwiększające ryzyko pogorszenia objawowego osób chorych psychicznie.

Piśmiennictwo

1. Murphy GC, Athanasou JA. *The effect of unemployment on mental health*. J. Occup. Organ Psychol. 1999; 72(1): 83–99.
2. Paul KI, Moser K. *Unemployment impairs mental health: meta-analyses*. J. Vocat. Behav. 2009; 74(3): 264–282.
3. Kostrzewski S, Worach-Kardas H. *Skutki długotrwałego bezrobocia dla zdrowia i jakości życia osób w starszym wieku produkcyjnym.* Now. Lek. 2013; 82(4): 310–317.
4. Negt O. *Praca a godność człowieka*. W: Cechnicki A, Kaszyński H. red. *Praca, zdrowie psychiczne, gospodarka społeczna. Przyszłość pracy dla osób chorujących psychicznie*. Wyd. 1. Kraków: Krakowska Inicjatywa na Rzecz Gospodarki Społecznej COGITO; 2005. s. 31–36.
5. Araszkiewicz A, Golicki D, Heitzman J, Jarema M, Karkowska D, Langiewicz W. i wsp. *Biała księga. Osoby chorujące na schizofrenię w Polsce. Raport*. Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej; 2011. http://www.prawapacjenta.eu/var/media/File/Zdrowie_psychiczne_Biala_Ksiega_2011_rok.pdf [dostęp: 26.07.2016].
6. Kaszyński H. *Przeciwdziałanie wykluczeniu społeczno-zawodowemu chorujących psychicznie w Polsce*. W: Cechnicki A, Kaszyński H. red. *Praca, zdrowie psychiczne, gospodarka społeczna. Przyszłość pracy dla osób chorujących psychicznie*. Wyd. 1. Kraków: Krakowska Inicjatywa na Rzecz Gospodarki Społecznej COGITO; 2005. s. 91–100.
7. Schmitz H. *Why are the unemployed in worse health? The casual effect of unemployment on health*. Labour Econ. 2011; 18(1): 71–78.
8. Krupka-Matuszczyk I. *Wczesna schizofrenia a późniejsza aktywność zawodowa: 23-letnia katamneza*. Post. Psychiatr. Neurol. 1998; 7: 339–343.
9. Wojtowicz-Pomierna A. *Sytuacja chorych psychicznie na rynku pracy w Polsce – wybrane aspekty*. W: Cechnicki A, Kaszyński H. red. *Praca, zdrowie psychiczne, gospodarka społeczna. Przyszłość pracy dla osób chorujących psychicznie*. Wyd. 1. Kraków: Krakowska Inicjatywa na Rzecz Gospodarki Społecznej COGITO; 2005. s. 79–91.
10. Cechnicki A. *Schizofrenia – proces wielowymiarowy. Krakowskie prospektywne badania przebiegu, prognozy i wyników leczenia schizofrenii*. Warszawa: IPiN; 2011.
11. Sawicka M, Meder J. *Znaczenie punktu konsultacyjnego doradztwa zawodowego w przełamywaniu niepełnosprawności psychicznej*. Psychiatr. Pol. 2008; 42(6): 959–962.
12. Anczewska M, Roszczyńska-Michta J. *O umacnianiu pacjentów w procesie zdrowienia*. W: Anczewska M, Wciórka J. red. *Umacnianie, nadzieja czy uprzedzenia*. Warszawa: IPiN; 2007. s. 45–82.
13. Cechnicki A, Kaszyński H. *Programy rehabilitacji zawodowej i pracy dla osób chorujących na schizofrenię – rozwiązania krakowskie*. W: Cechnicki A, Kaszyński H. red. *Praca, zdrowie psychiczne, gospodarka społeczna. Przyszłość pracy dla osób chorujących psychicznie*. Wyd. 1. Kraków: Krakowska Inicjatywa na Rzecz Gospodarki Społecznej COGITO; 2005. s.151–155.

14. Lysaker P, Bell M. *Work performance over time for people with schizophrenia*. Psychosoc. Rehabil. J. 1995; 13(3): 141–145.
15. Marwaha S, Johnson S. *Schizophrenia and employment. A review*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2004; 39: 337–349.
16. *Badanie wpływu kierunku i poziomu wykształcenia na aktywność zawodową osób niepełnosprawnych. Raport końcowy*. Część 5/6. Pentor Research International; 2009. https://www.pfron.org.pl/ftp/dokumenty/Badania_i_analizy/Raport_CZESC_5z6_N_psychiczna_final.pdf [dostęp: 26.07.2016].
17. Ciałkowska M, Adamowski T, Kiejna A. *Rehabilitacja psychiatryczna w Polsce. Przegląd piśmiennictwa polskiego1990-2007*. Psychiatr. Pol. 2009; 43(3): 313–322.
18. Schneider J. *Work interventions in mental health care: some arguments and recent evidence*. JMH 1998; 7(1): 81–94.
19. Kaszyński H. *Model współpracy na rzecz aktywizacji zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi na terenie powiatu łęczyńskiego. Informator. Model współpracy samorządu terytorialnego, organizacji pozarządowych zajmujących się problemami osób z zaburzeniami psychicznymi oraz pracodawców na rzecz aktywizacji zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi*. Łęczna: Łęczyńskie Stowarzyszenie Inicjatyw Społecznych; 2006.
20. Bronowski P. *System oparcia społecznego*. W: Wciórka J. red. *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich; 2014. s.53-56.
21. Załuska M, Prot K, Bronowski P. *Psychiatria środowiskowa jako środowiskowa opieka nad zdrowiem psychicznym.* Warszawa: IPiN; 2007.
22. *Centra integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2013 r.* Warszawa: Główny Urząd Statystyczny. Departament Badań Społecznych i Warunków Życia oraz Urząd Statystyczny w Krakowie; 2014.
23. Kaszyński H. *System uczestnictwa społeczno-zawodowego.* W: Wciórka J. red. *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO.* Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich; 2014. s. 56–61.
24. Nieradko-Iwanicka B, Iwanicki J. *Zakłady Aktywności Zawodowej: rola w systemie rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych i perspektywy dalszego rozwoju.* Probl. Hig. Epidemiol. 2010; 91(2): 329–331.
25. Cechnicki A. *Rehabilitacja psychiatryczna – cele i metody*. Psychiatr. Prakt. Klin. 2009; 2(1): 41–54.
26. Aleksiejew M. *Krakowska Fundacja Hamlet. Firma Socjalna „Kawiarnia Hamlet"*. W: Cechnicki A, Kaszyński H. red. *Praca, zdrowie psychiczne, gospodarka społeczna. Przyszłość pracy dla osób chorujących psychicznie*. Wyd. 1. Kraków: Krakowska Inicjatywa na Rzecz Gospodarki Społecznej COGITO; 2005. s.157–160.
27. http://www.niepelnosprawni.gov.pl/zatrudnienie-osob-niepelnospraw-/zaklady-pracy-chronionej/ [dostęp: 22.12.2014].
28. Kaszyński H. *Osoby chore psychicznie jako grupa beneficjentów organizacji pozarządowych świadczących usługi na rynku pracy*. Warszawa: Polsko-Amerykańska Fundacja Wolności FISE: 2006. http://www.fise.org.pl/files/1bezrobocie.org.pl/public/Raporty/HKaszynski_raport_dot_osob_chorych_psychicznie.pdf [dostęp: 26.07.2016].
29. Kamp M, Lynch C. *Handbook-supported employment*. Geneva: A WASE and ILO CDROM; 1993.

30. *Dom niepodobny do innych. Rozmowa z Katarzyną Boguszewską z Warszawskiego Domu pod Fontanną*. Warszawa: Fundacja Inicjatyw Społeczno-Ekonomicznych; 2007. http://rynekpracy.org/x/254873 [dostęp: 21.12.2014].
31. Biernacka D. *Dlaczego musimy pracować?* W: Cechnicki A, Kaszyński H. red. *Praca, zdrowie psychiczne, gospodarka społeczna. Przyszłość pracy dla osób chorujących psychicznie*. Wyd. 1. Kraków: Krakowska Inicjatywa na Rzecz Gospodarki Społecznej COGITO; 2005. s. 37–40.
32. Pietkiewicz I, Smith JA. *Praktyczny przewodnik interpretacyjnej analizy fenomenologicznej w badaniach jakościowych w psychologii*. Czas. Psychol. 2012; 18(2): 361–369.
33. Cechnicki A, Liberadzka A. *Nowe role chorujących psychicznie*. Psychiatr. Pol. 2012; 46(6): 995–1005.
34. Smith JA, Osborn M. *Interpretative Phenomenological Analysis*. W: Smith JA. red. *Qualitative psychology: a practical guide to methods*. Wyd.2. Londyn: Sage; 2008. s. 53–80.
35. Smith JA, Flowers P, Larkin M. *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method, research*. Londyn: Sage; 2009.
36. Dunn EC, Wewiorski NJ, Rogers ES. *The meaning and importance of employment to people in recovery from serious mental illness: results from a qualitative study*. Psychiatr. Rehabil. J. 2008; 32(1): 59–62.
37. Trzebińska E, Dziewulska M. *Uwarunkowania aktywności zawodowej chorych psychicznie*. W: Brzezińska A, Woźniak Z, Maj K. *Osoby z ograniczoną sprawnością na rynku pracy*. Warszawa: Wydawnicto SWPS Academica; 2007. s. 231–245.
38. Krupa T. *Employment, recovery, and schizophrenia*. Psychiatr. Rehabil. J. 2004; 28(1): 8–15.
39. Kirsh B. *Work, workers and workplaces: a qualitative analysis of narratives of mental health consumers*. J. Rehabil. 2000; 66(4): 24–30.
40. Van Niekerk L. *Participation in work: a source of wellness for people with psychiatric disablity*. Work 2009; 32: 455–465.
41. Killeen MB, O'Day BL. *Challenging expectations: how individuals with psychiatric disabilities find and keep work*. Psychiatr. Rehabil. J. 2004; 28(2): 157–163.
42. Leufstadius C, Eklund M, Erlandsson LK. *Meaningfulness in work – experiences among employed individuals with persisitent mental illness*. Work 2009; 34: 21–34.
43. Bond GR, Drake RE. *Predictors of competetive employment among patients with schizophrenia*. Curr. Opin. Psychiatry 2008; 21(4): 362–369.
44. Brown W, Kandirikirira N. *Recovering mental health in Scotland: reports on narrative investigation of mental health recovery*. Glasgow: Scottish Recovery Network; 2007.
45. Secker J, Grove B, Seebohm P. *Challenging barriers to employment, training and education for mental health service users: service user's perspective*. JMH 2001; 10: 395–404.
46. Mesjasz K, Goleński W. *Instytucjonalne formy integracji społeczno-zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi w województwie opolskim*. W: Gawor A, Borecki Ł. red. *Strategie promocji zatrudnienia osób z zaburzeniami psychicznymi*. Opole: Top Media; 2012, s. 11–27.
47. Podogrodzka-Niell M, Tyszkowska M. *Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych – czynniki związane z funkcjonowaniem społecznym*. Psychiatr. Pol. 2008; 48(6): 1201–2011.
48. Kaszyński H, Cechnicki A. *Polscy pracodawcy wobec zatrudniania osób chorujących psychicznie*. Psychiatr. Pol. 2011; 45(1): 45–60.
49. Morrison AP, Hutton P, Shiers D, Turkington D. *Antipsychotics: is it time to introduce patient choice?* Br. J. Psychiatry 2012; 201(2): 83–84.

50. Lepping P, Sambhi RS, Whittington R, Lane S, Poole R. *Clinical relevance of findings in trials of antipsychotics: systematic review*. Br. J. Psychiatry 2011; 198(5): 341–345.
51. Moncrieff J, Leo J. *A systematic review of the effects of antipsychotic drugs on brain volume*. Psychol. Med. 2010; 40(09): 1409–1422.
52. Beng-Choon H, Andreasen NC, Ziebell S, Pierson R, Magnotta V. *Long-term antipsychotic treatment and brain volumes*. Arch. Gen. Psychiatry 2011; 68(2): 128–137.
53. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO. i wsp. *Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia*. New Engl. J. Med. 2005; 353(12): 1209–1223.
54. Morrison AP, Hutton P, Wardle M, Spencer H, Barratt S, Brabban A. i wsp. *Cognitive therapy for people with a schizophrenia spectrum diagnosis not taking antipsychotic medication: an exploratory trial*. Psychol. Med. 2012; 42(5): 1049–1056.
55. Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J. *The comprehensive open-dialogue approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care*. Psychosis 2011; 3(3): 192–204.
56. Knafo D, Selzer M. *"Don't step on Tony!" The importance of symptoms when working with psychosis*. Psychoanal. Psychol. 2015; 32(1): 159–172.
57. Lee D,Tracey TJ. *Incorporating idiographic approaches into multicultural counseling research and practice*. J. Multicult. Couns. Dev. 2005; 33(2): 66–80.

Adres: Igor Pietkiewicz
Uniwersytet SWPS
Wydział Zamiejscowy w Katowicach
43-126 Katowice, ul. Techników 9

Otrzymano: 23.03.2015
Zrecenzowano: 7.05.2015
Otrzymano po poprawie: 16.05.2015
Przyjęto do druku: 21.05.2015